Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnem wyleczeniem.

Napisał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Chory, dymisyonowany lekarz wojskowy, p. P., mający lat 67, zjawił się u mnie 22 czerwca r. 1897 z następującymi objawami chorobowymi.

Lewa powieka górna i sąsiednia część nosa były posiane drobnymi wrzodami, odznaczającymi się brudno-szarem dnem i brzegami podkopanymi, zazębionymi, jakby powyżeranymi. Wrzody były powierzchowne, z wyjątkiem dwóch: jednego na powiece około otworu nadoczodołowego (foramen supraorbitale), przenikającego do okostnej, drugiego na boku nosa, mniej głębokiego, nie dochodzącego do okostnej. Dno i brzegi wszystkich wrzodów były miękkie, nieco bolesne przy ucisku, z nieznaczną wydzieliną surowiczą, tworzącą w kilku miejscach strupy. Powieka obrzękła, lecz miękka, brzeg jej wolny odwinięty (ectropium).

W bliskości kąta wewnętrznego oka lewego spostrzegało się okrągłe i miękkie nabrzmienie, zajmujące okolicę worka łzowego i przedstawiające w swoim obrębie przetokę, w której ukazywały się łzy i krople rzadkiej ropy. Nabrzmienie nie było

bolesne ani samodzielnie, ani przy ucisku, pokryte skórą prawidłową i wogóle nie przedstawiało żadnych objawów zapalnych. Łzawienie nie istniało ani wówczas, ani poprzednio.

Gruczoły sąsiednie i dalsze nie były obrzmiałe; gorączka w ciągu choroby nigdy nie miała miejsca.

Oprócz wymienionych objawów chory przedstawiał ślady przebytej jaglicy, w postaci blizn na spojówce powiek obu ócz, zmętnień na lewej rogówce i zrostów spojówki (symblepharon) w wewnętrznym kącie oka lewego; w oku tem istniało poprzednio zawinięcie rzęs (trichiasis), wskutek którego chory musiał od czasu do czasu wyrywać sobie rzęsy. Stan ten, jak widzieliśmy, zmienił się w ciągu choroby na odwrotny, mianowicie na odwinięcie powieki.

Właściwości wrzodów i charakter ropy, sączącej się z przetoki łzowej, nasuwały rozpoznanie gruźlicy. Wprawdzie brzegi wrzodów nie przedstawiały szarawych gruzełków prosówkowych, lecz wiemy, że gruzełki te nie zawsze mogą być spostrzegane, gdyż ulegają szybkiemu rozpadowi, powiększając sobą wrzód. Zazębienie brzegów wrzodów wskazywało, że gruzełki musiały poprzednio tu istnieć, gdyż zazębienia wytwarzają się wskutek rozpadu gruzełków.

Rozpoznanie gruźlicy potwierdzało się wykluczeniem wszelkich innych podobnych spraw chorobowych powieki. Owrzodzenia przy płaskim raku skórnym (ulcus rodens) przedstawiają różowe, błyszczące dno, podobne do ziarniny; dno twarde, otoczone twardym brzegiem albo guzowatym wałem, który następnie zwykle rozszerza się.

Wilk powstaje w dzieciństwie lub w wieku dojrzałym, bardzo rzadko w starości; w większości przypadków rozszerza się na skórze symetrycznie. Wrzody odznaczają się czerwonem dnem, łatwo krwawiącem, otoczonem sino czerwoną obwódką; w okolicy wrzodów widzimy charakterystyczne plamki albo grudki i blizny.

Wrzody przy kile guziczkowej i pryszczowej posiadają dno zagłębione, brzegi twarde, jakby ścięte, zazębione i wystające nad powierzchnię skóry; otoczone są obwódką mie-

dzianej barwy i pokryte grubą żółtawą warstwą nalotu. Występują jednocześnie z innymi objawami kiły i zwykle wywołują obrzęknięcie sąsiednich gruczołów.

Wrzody, powstałe z kilaków, są obszerne, odznaczają się nierównem, głębokiem dnem i podkopanymi czerwonymi brzegami.

Nie może być mowy w danym przypadku o pierwotnym wrzodzie kiłowym, który zwykle bywa jedynym i przedstawia twarde dno i brzegi.

W końcu co do kiły musimy dodać, że chory stanowczo twierdzi, iż nigdy jej nie przechodził, a ponieważ jest lekarzem, trudno byłoby przypuścić, że kiła przebiegła u niego niedopatrzoną.

Cierpienie worka łzowego było również niewątpliwie pochodzenia gruźliczego. Brak objawów zapalnych i drożność przewodu noso-łzowego wykluczały zapalenie worka. Wygląd przetoki był również inny, niż spostrzegany zwykle przy tem zapaleniu, mianowicie przetoka była dość szeroka i przedstawiała brzegi czerwonawe i podkopane. Prawidłowy stan górnej szczęki i przestrzeni nosowych i brak obrzmienia gruczołów wyłączały przypuszczenie złośliwego nowotworu. O przepuklinie mózgu (encephalocele) nie mogło być mowy przy zjawieniu się cierpienia w starości.

Chory jest wysokiego wzrostu, miernej budowy, źle odżywiony. Na gruźlicę dotąd nie chorował; w rodzinie, o ile wie, również jej nie spostrzegano. Płuca i inne narządy nie przedstawiają zboczeń, wskutek czego opisane cierpienie gruźlicze należy uważać za pierwotne; nie myślę, żeby miało początek w okostnej górnego brzegu oczodołowego, co możnaby przypuścić z przenikającego do okostnej wrzodu, gdyż żadne objawy zapalenia okostnej nie występowały w ciągu całego spostrzeżenia.

Dowiedziałem się od chorego, że cierpienie swoje zauważył od kilku tygodni i że się już zwracał o radę do kol. Dembowskiego, który na naradzie z kol. Hłasko zaproponował mu operacyę, lecz rozpoznania swego nie powiedział. Później

dowiedziałem się od rzeczonych kolegów, że ich rozpoznanie zgadzało się w zupełności z mojem. Chory stanowczo wymówił się od wszelkiego zabiegu operacyjnego i, zwracając się do mnie, prosił jedynie, aby mu przepisać coś antyseptycznego. Wskutek tego przepisałem roztwór 0,02°/$_0$ sublimatu dla stosowania w postaci przymoczki rozgrzewającej, lecz uprzedziłem, aby wiele nie liczył na ten środek i za kilka dni pokazał się, gdyż prawdopodobnie wypadnie uciec się do energiczniejszego leczenia.

Jednak chory zjawił się dopiero po 11 miesiącach, mianowicie 19 maja 1898 r. Wrzody górnej powieki i nosa były różowawe, pokryte ziarniną; powieka, wolna od obrzęku, była nieco skrócona; odwinięcie brzegu znikło. Przetoka worka łzowego zagoiła się, wytworzywszy głęboką bliznę, worek zarósł, powstało łzawienie, którego poprzednio nie było. Oprócz wymienionego roztworu sublimatu, chory żadnych środków lekarskich nie używał.

W kilka miesięcy później pokazałem chorego w Towarzystwie lekarskiem wileńskiem na posiedzeniu 24 października r. 1898. Górna powieka i sąsiednia część nosa były pokryte bliznami; jedynie tylko wrzód głęboki około otworu nadoczodołowego nie w zupełności był zagojony i zrastał się z okostną. Na nosie w miejscu głębokiego wrzodu znajdowała się wciągnięta wewnątrz blizna, nieprzyrośnięta do kości. Na brzegu powieki, w bliskości wewnętrznego kąta oka utworzyła się szczelina, podobna do kolobomatu wrodzonego, jako skutek skurczenia się blizn w tem miejscu. Górna powieka jest skrócona, lecz przy zamykaniu zakrywa, z dolną, gałkę oczną, z wyjątkiem małego wewnętrznego odcinka.

W obrębie worka łzowego w miejscu, w którem przedtem znajdowała się przetoka, utworzyła się głęboka blizna, nieprzyrośnięta do kości. Powstało łzawienie oka lewego wskutek zamknięcia worka łzowego.

Blizny na powiece i na nosie są gładkie, miękkie i, z wyjątkiem dwóch wymienionych, powierzchowne; nie są one podobne do pozostających po wrzodach kiłowych albo po wilku

i po płaskim raku skórnym, lecz takie, jakie mogą być wytworzone przez wrzody gruźlicze.

Koledzy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, tak ci, co widzieli chorego w pierwszym okresie cierpienia, jak również inni, którzy ujrzeli go po raz pierwszy, jednomyślnie uznali, że choroba, która miała tu miejsce, mogła być tylko gruźlicą.

Oprócz opisanych objawów powstał w tym czasie nowy, dotąd niespostrzegany, mianowicie znieczulenie rogówki i spojówki gałki lewego oka i znaczne osłabienie czułości skóry czoła w obrębie lewego nerwu nadoczodołowego (n. supraorbitalis), skóry lewej powieki górnej i sąsiedniej części nosa. Przypuszczam, że osłabienie czułości skóry czoła zależy od ucisku nerwu nadoczodołowego przez wymienioną głęboką bliznę, zrośniętą z okostną. Odpowiedni objaw na skórze powieki i nosa jest wywołany prawdopodobnie przez ucisk bliznami zakończeń nerwów nadbloczkowego, podbloczkowego i nosoworzęskowego (n. naso-ciliaris). Znieczulenie rogówki i spojówki może zależeć od cierpienia tego ostatniego nerwu, z którego powstają korzeń długi (radix longa sensitiva) i nerwy rzęskowe długie (nn. ciliares longi), zaopatrując gałkę oczną w gałązki nerwowe czuciowe, podobnie jak to spostrzegamy przy półpaścu, przy którym cierpienie gałki ocznej i znieczulenie rogówki i spojówki występują najczęściej przy wysypce na sąsiedniej części nosa, oznaczającej cierpienie nerwu nosoworzęskowego.

Stan ogólny chorego pozostał bez zmiany.

W ciągu kilku następnych tygodni zagoił się w zupełności ostatni wrzód, znajdujący się około otworu nadoczodołowego, i odtąd żaden nowy objaw chorobowy nie powstał, co pozwala uważać cierpienie za ukończone.

Oprócz roztworu sublimatu, który stosował pacyent w ciągu kilku miesięcy, żaden środek leczniczy nie był używany. Rzecz naturalna, że i 0,02°/₀ roztwór sublimatu, przepisany na życzenie chorego, nie mógł mieć najmniejszego wpływu na przebieg cierpienia. Wyleczenie nastąpiło samodzielnie.

Opierając się na wyglądzie klinicznym wrzodów, przebiegu

choroby, właściwościach blizn i wykluczeniu innych podobnych cierpień, uważam za dowiedzione istnienie w przypadku opisanym gruźlicy pierwotnej powieki i worka łzowego. Nie dokonano wprawdzie badania bakteryologicznego, gdyż nie było dlań materyału z przyczyny wstrętu, jaki powziął chory, po propozycyi operacyi, do wszelkiego zabiegu, mającego cień podobieństwa do niej, lecz możemy tem się pocieszyć, że w znacznej części przypadków badanie to nie wykazuje przy gruźlicy swoistych laseczników i że objawy kliniczne i przebieg cierpienia dostatecznie wyjaśniają rozpoznanie.

Przypadek opisany jest rzadkim z umiejscowienia sprawy chorobowej na powiece i w worku łzowym i ze szczęśliwego zakończenia. Cierpienie nie przeszło na gałkę oczną, nie stało się ogólnem, lecz znikło bez leczenia, bez polepszenia odżywiania, pomimo, że pacyent cały czas choroby przebył w mieście.

Gruźlica skóry została dokładnie poznaną dopiero w ostatnich czasach; na powiekach rzadko ją widziano. Kaposi[1]) od r. 1879 do 1898 spostrzegał w swej klinice 22 przypadków gruźlicy skóry (18 u mężczyzn, 4 u kobiet), wśród których nie było ani jednego na powiekach. Chorzy byli w wieku od lat 12 do 60; u 18 cierpiały płuca lub krtań, u 1 kiszki, w 3 przypadkach choroba była pierwotną na skórze.

W podręcznikach okulistyki, nawet obszernych, nie ma mowy o gruźlicy powiek; jedynie w najnowszych dziełach lub czasopismach możemy znaleźć o niej wzmianki. Bach[2]) zaznacza w ogólnych słowach, że spostrzegał gruźlicę na powiekach w trzech postaciach, mianowicie na skórze, jako rozlane cierpienie chrząstki i, bardzo rzadko, jako chalazion: mógł on w kilku przypadkach poprzeć rozpoznanie swoje doświadczalnie, przenosząc cząstki tkanki chorej do komórki przedniej królików i wywołując w ten sposób gruźlicę u tych zwierząt.

---

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. XLIII u. XLIV B. Festschrift gewidmet F. I. Pick. I. Theil, S. 373. 1898.

[2]) Archiv für Augenheilkunde. XXVIII B., S. 36. 1894.

Tangl[1]) znalazł w kilku gradówkach laseczniki Kocha i na tej podstawie wypowiedział zdanie, że wszelkie chalazion jest utworem gruźliczym. Zdanie to zostało wkrótce odparte przez Deutschmann'a[2]) i Weiss'a[3]). Doświadczenie wykazało, że przeniesienie do komórki przedniej królika cząstek świeżo wyłuszczonego chalazion nie wywoływało gruźlicy nawet wtedy, gdy chalazion pochodziło od suchotnicy, kiedy tymczasem w drugim przypadku szczepienie królikowi cząstki gruczołu lymfatycznego, serowato zwyrodniałego, od dziecka z zołzami, wywołało gruźlicę tęczówki.

W każdym razie nie możemy zaprzeczyć, że w niektórych, rzadkich przypadkach, chalazion przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych, także rzadkich, kiły.

Silex[4]) spostrzegał gruźlicę obu powiek oka lewego u sześcioletniego dziecka. Znalazł laseczniki i rozpoznanie poparł przeszczepieniem na królika z dodatnim skutkiem. Przy obojętnem leczeniu (przemywanie roztworem kwasu borowego) i pobycie na wsi nastąpiło wyleczenie; dolna powieka pozostała zniekształconą, górna zachowała postać prawie zupełnie prawidłową.

Schmidt-Rimpler[5]) spostrzegał u piętnastoletniego chłopca pod skórą dolnej powieki prawej zgrubienia podobne do chalazion; spojówka tej powieki, znacznie obrzmiała i zaczerwieniona, była pokrytą małymi żółtawymi guziczkami, podobnymi do torebek jaglicowych. Nabrzmienie gruczołów na prawej stronie szyi i gruczołu przyusznego prawego, który następnie przedstawiał ropienie i owrzodzenie. Żadnych innych objawów gruźlicy u chorego, ani też dziedziczności nie było.

---

[1]) Beiträge zur path. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. IX. 1890.

[2]) Beiträge zur Augenheilkunde. Heft. II, S. 109. 1891.

[3]) Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Juni 1891. S. 206.

[4]) Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung vom 20 Februar 1895 (w »Berliner klin. Wochenschrift«. Nr 9, 1895, str. 195).

[5]) Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien 1898. Str. 474.

Wyłuszczono guziczki podskórne i spojówkowe, przysypano rany obficie jodoformem i pokryto opaską sublimatową; wewnątrz stosowano kreozot. Nastąpiło wyleczenie. Rozpoznanie potwierdzono badaniem bakteryologicznem i przeszczepieniem na królika cząstek guziczków.

W przypadku Sureau[1]) u 13-stoletniego chłopca na skórze górnej powieki prawej, nieco niżej otworu nadoczodołowego, utworzył się, po uderzeniu tego miejsca, ropień, który został przecięty, lecz długo nie goił się. Wystąpiły objawy podrażnienia mózgowego. Gdy znaleziono w ropie laseczniki Kocha, po szerokiem przecięciu skóry dokonano wyskrobania górnej ściany oczodołu. Odtąd zaczęły znikać objawy chorobowe i nastąpiło zupełne wyleczenie. W danym przypadku tedy ropień gruźliczy powieki był skutkiem gruźlicy sklepienia oczodołu.

Podobny przypadek zapalenia gruźliczego okostnej i kości oczodołu opisał Mazet[2]).

Również rzadko spostrzega się zapalenie gruźlicze worka łzowego. Schmidt-Rimpler[3]) wzmiankuje jedynie tylko, że worek może ulegać temu cierpieniu. W najnowszym czasie Rochon-Duvigneaud[4]) opisał przypadek, w którym gruźlica dotknęła nie sam worek łzowy, lecz wywołała ropień z przodu worka, wskutek czego tętnica kątowa (arteria angularis), końcowa gałęź tętnicy twarzowej (a. facialis), znalazła się na powierzchni ropnia. Autor zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze tego szczegółu: przy cierpieniu worka łzowego tętnica ta nie może być podniesioną przez nabrzmiałość, lecz pozostaje więcej na przodzie, jest zaś podniesioną przez sprawę chorobową, mającą początek we wschodzącem apophysis lub w okostnej tegoż, t. j. w tkankach, leżących więcej z przodu, niż worek łzowy.

---

[1]) Société d'ophtalmologie de Paris. Séance du 13 octobre 1896. (Recueil d'ophtalmologie, octobre 1896, p. 612).

[2]) Marseille Médical, juillet 1898.

[3]) Op. cit., str. 475.

[4]) Archives d'ophtalm., juin 1898, p. 391.

Rokowanie gruźlicy powiek i wogóle skóry zależy od odżywiania ogólnego i stanu narządów wewnętrznych. Kaposi w 12 przypadkach z 22 spostrzegał śmiertelne zejście, w 10 pozostałych, w których widziano polepszenie, śmierć mogła nastąpić później. Według Kaposi'ego gruźlica pierwotna skóry, bez powikłania ze strony innych narządów, daje częste wyleczenie pod wpływem odpowiednich środków, lub nawet samodzielnie.

Jako leczenie stosowano zabiegi operacyjne dla wydalenia ognisk chorobowych, używając w tym celu noża, łyżeczki ostrej albo żegadła. Wielki wpływ wywiera ogólne leczenie wzmacniające i usilne odżywianie. Korzystnie działają środki przeciwgruźlicze, jak kreozot i gwajakol. Hebra i inni przypisują dobry skutek tiosinaminie. Autorowie amerykańscy zaznaczają swoiste jej działanie na keloidy i stare blizny (przy stosowaniu wewnętrznem po 0,06 dziennie, powiększając do 0,20 gr., lub podskórnem trzy razy tygodniowo po 12—18 miligr. roztworu 0,50 tiosinaminy na 25 gramów gliceryny i 25 gramów wody). Środek ten mógłby być użytym przeciw bliznom, wytworzonym przez gruźlicę skóry.

Osobne odbicie z N-ru 2 „Postępu Okulistycznego". — Kraków. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem J. Filipowskiego.